	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP	CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018

Dependencia:	DIRECCIÓN GENERAL	Fecha:	18/3/2026

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$9,200,000.00			Valor a Pagar:	$2,300,000.00
Número:	043	Fec. Suscripción:	Ene 27 2026	Fecha de iniciación:	Ene 27 2026
N° CDP:	8	Fecha:	Ene 19 2026	Fecha de terminación:	May 26 2026
N° RP:	42	Fecha:	Ene 27 2026	Duración:	Meses 4 Días 0
Rubro Presupuestal:	Cancha mantenida			Periodo a pagar:	Ene 27 2026 - Feb 26 2026

Requiere Informe: **SI** Entregó Informe: **SI** Suspensión No.: En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO.

FORMA DE PAGO:

El pago se realizar una vez radicada la cuenta de cobro, previa presentación de un informe de las actividades realizadas durante el plazo estipulado, dirigido al supervisor del contrato y con su respectiva aprobación, además de la acreditación de los pagos correspondientes a la seguridad social.

El valor total estimado del contrato es la suma de NUEVE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($9.200.000,00) M/CTE; los cuales serán cancelados por IMDERT en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; IMDERT realizará el pago del valor del contrato en cuotas parciales mensuales de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($2.300.000,00) M/CTE; que se tramitarán mes vencido, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución dentro de los 5 días siguientes a la radicación de la cuenta de cobro o factura.

El contratista deberá presentar: informe de actividades, recibo a satisfacción expedido por el supervisor del contrato y acreditar el cumplimiento de las obligaciones según o dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 sobre el pago de las obligaciones de seguridad social Integral (Salud, Pensión y ARL), además de ello el cargue de la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II y la aprobación de la misma por parte del supervisor

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**LUIS CARLOS CUENTAS HERNANDEZ**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1143336018-5	DV.	
Dirección:	0								
Número de Teléfono:	0	FAX:		CEL.	0				
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**0**	Banco:	**N.A.**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X" Persona Natural: **X** Persona Jurídica: Regimen: **N.A.**

Gran Contribuyente: Autoretenedor:

He verificado de esta información frente al RUT: SI: X NO:

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente: SI: **X** NO: # de folios:

El informe cumple con lo estipulado en el contrato: **SI** Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano: **SI** Fecha: Mar 18 2026

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO.

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$219,700.00	Periodo	ENERO	Valor pagado	$281,200.00	Periodo	ENERO
Comprobante de pago Número:		4646328221		Comprobante de pago Número:		4646328221	
Fecha de pago:		Mar 10 2026		Fecha de pago:		Mar 10 2026	

Aportes a ARL				**NOTA:**
Valor pagado	$9,300.00	Periodo	ENERO	
Comprobante de pago Número:		4646328221		
Fecha de pago:		Mar 10 2026		

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en le contrato, que el contratista cumplió con lospagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

APLICACION RETENCION

Anexos: Copia de aporte de pensión **SI** Copia de aporte de salud **SI** Cuenta de Cobro **SI**

FIRMA CONTRATISTA: 1BA30730-7F71-4252-8E1D-FB183202CA91

NOMBRE CONTRATISTA: LUIS CARLOS CUENTAS HERNANDEZ

C.C.: 1143336018-5

FIRMA SUPERVISOR 706FDC2E-E71A-45EE-8FDA-409F2DABE54D

NOMBRE SUPERVISOR: ROVIRO CABRERA GALVIS

CARGO: TESORERO

IMDERT	**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS**	**CODIGO: S-003** **Versión: 1.01** **Fecha: 19/05/2017**

TURBACO, Mar 18 2026

DIRECCIÓN GENERAL

INFORME DE ACTIVIDADES

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el período comprendido entre Ene 27 2026 - Feb 26 2026, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	LUIS CARLOS CUENTAS HERNANDEZ
Identificación:	1143336018-5

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DE CONTRATO:	**Número:**	043	**Fec. Suscripción:**	Ene 27 2026	**Fecha de iniciación:**	Ene 27 2026
	Duración:		**Meses:** 4	**Días:** 0	**Fecha de terminación:**	May 26 2026
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO.					

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
1. Apoyar en el cuidado y mantenimiento de los espacios y zonas asociados a las áreas de deporte e infraestructura de conformidad con los planes y programas del IMDERT **2. Asistir oportunamente a los operativos y/o jornadas de intervención y mantenimiento establecidas por el supervisor del contrato** **3. Las demás obligaciones que sean concertadas en el tránsito de ejecución contractual y que guarden relación con el objeto.**	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO.
1. Prestar los servicios de apoyo a la gestión en el marco de la preservación y protección de los espacios dedicados a las actividades deportivas del IMDERT. **2. Apoyar en las actividades de protección, salvaguarda del uso de las unidades deportivas.** **3. Brindar acompañamiento en las jornadas de socialización y sensibilización del cuidado de los espacios deportivos y la cultura de cuidado de los bienes dedicados a la actividad física.**	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO.
Final de las obligaciones contractuales.	**Final de las actividades ejecutadas.**

FIRMA DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **LUIS CARLOS CUENTAS HERNANDEZ**

C. C. : **1143336018-5**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1143336018
			LUIS CARLOS CUENTAS HERANDEZ
	CARTAGENA	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
	BOSTON CALLE URDANETA ARVELAEZ #44A31	TELÉFONO:	9999999
	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
	ÚNICO		
UD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4646328221**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			5				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/03/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9996047537

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 280.200	$ 1.000	$ 281.200
									$ 280.200	**$ 1.000**	**$ 281.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 800	$ 0	$ 218.900	$ 800	$ 0	$ 219.700
												$ 218.900	**$ 800**	**$ 0**	**$ 219.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 100	$ 0	$ 9.300
								$ 9.200	**$ 100**	**$ 0**	**$ 9.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

E				NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																				PENSIÓN									SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
LARIO ÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
750.905				NO																25-14 COLPENSIONES	30	1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	30	1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	1.750.905	$114333601	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 510.200

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

ALCALDIA DE TURBACO

890481149-0

RECIBO DE CAJA

DOCUMENTO	468
FECHA	06/03/2026
TIPO RECIBO	01 ESTAMPILLA PROHOSPITAL
CLIENTE	1143338018 LUIS CARLOS CUENTAS HERNÁNDEZ
BANCO	11100600515 - Davivienda PRO-HOSPITAL UNIVERSIDAD 545500123361
NOTA	Doc 42600 Pago de estampilla pro hospital - Contrato CDPS nro 043-2026 - prestación de servicios de apoyo Instituto Municipal de Deportes y Recreación.

CONCEPTO	NOMBRE	VALOR
001	ESTAMPILLA PROHOSPITAL	92,000.00
	TOTAL	92,000.00
NOVENTA Y DOS MIL PESOS CON 0/100.-CENTAVOS MCTE		

Observaciones:

Elaborado	Revisado	Aprobado

Usuario JAIRO RAFAEL MORALES HERNANDEZ

Fec.Impresión 12/03/2026 12:02 p. m.

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES NO 01 PERÍODO: ENE 27 2026 AL 26 DE FEBRERO DE 2026	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
No. CONTRATO Y FECHA	**CDPS NO. 043 DEL 2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**LUIS CARLOS CUENTAS HERNANDEZ**
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	**1143336018**
PLAZO DE EJECUCIÓN	**4 MESES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$9.200.000,00**
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	**$2.300.000,00**
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	
FECHA ACTA DE INICIO	**27 DE ENERO DE 2026**
PRÓRROGA1	**N/A**
ADICIÓN	**N/A**

[1] Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prorroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

SUSPENSIÓN	**N/A**
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	**26 MAYO 2026**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO.**

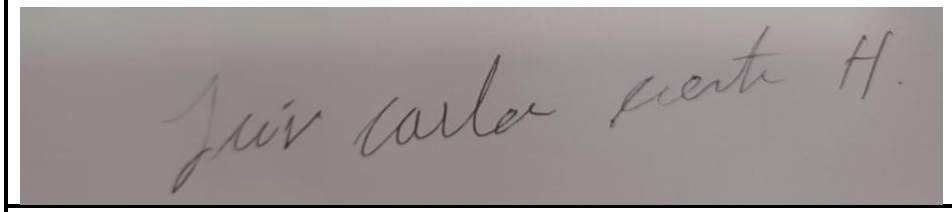
OBLIGACIONES	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
OBLIGACIÓN 1:.	Apoyar en el cuidado y mantenimiento de los espacios y zonas asociados a las áreas de deporte e infraestructura de conformidad con los planes y programas del IMDERT.	Realizar mantenimiento al escenario tejodromo.	Ubicación Evidencia 1: Al final de este documento
OBLIGACIÓN 2:	Asistir oportunamente a los operativos y/o jornadas de intervención y mantenimiento establecidas por el supervisor del contrato	Realice limpieza en el jardin al escenario tejodromo.	Ubicación Evidencia 2: Al final de este documento
OBLIGACIÓN 3:	Las demás obligaciones que sean concertadas en el tránsito de ejecución contractual y que guarden relación con el objeto.	Realice limpieza en los baños del escenario tejodromo.	Ubicación Evidencia 3: Al final de este documento

INFORMACIÓN ADICIONAL

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN**

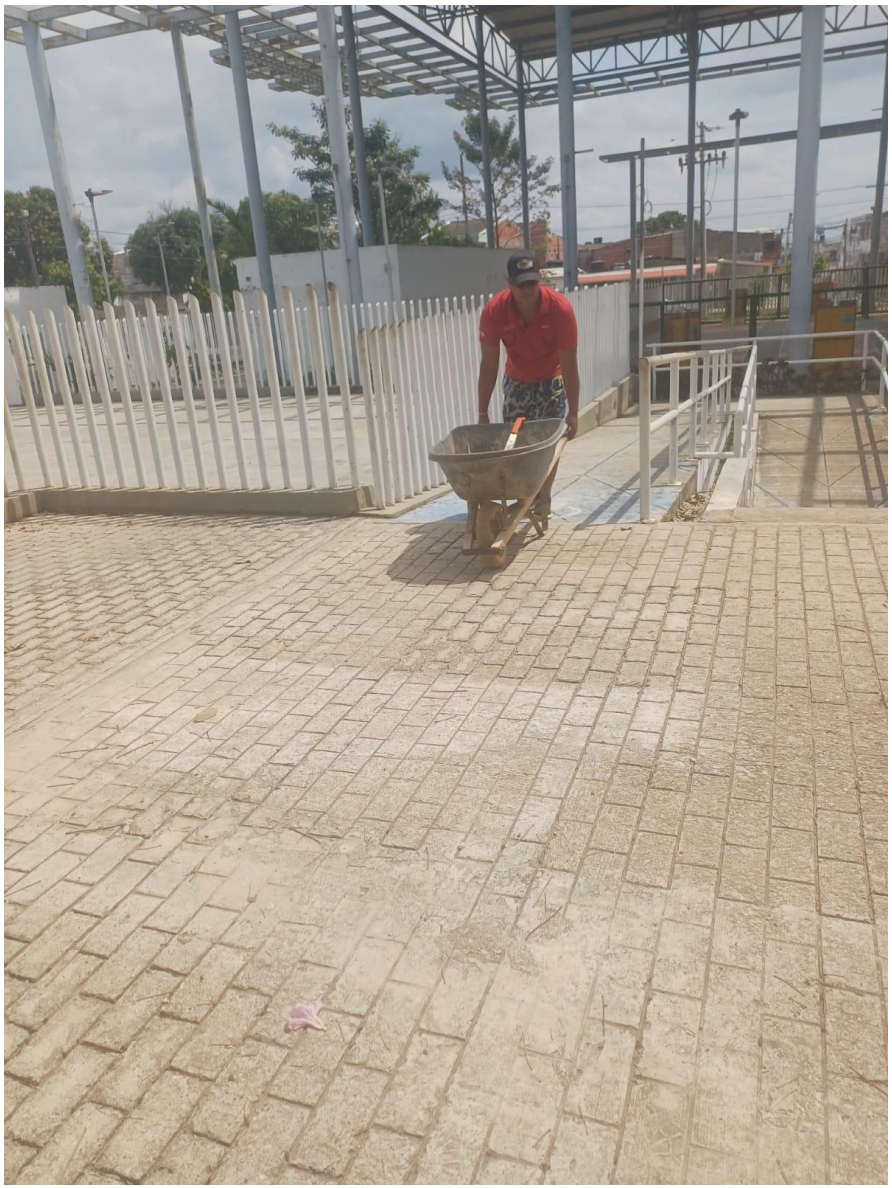
	MUTUAL SER	SURA	COLPENSIONES

FIRMAS

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	**CONTRATISTA**  **Firma:** **Nombre:** LUIS CARLOS CUENTAS HERNANDEZ **Cédula: 1143336018**
	SUPERVISOR/INTERVENTOR

DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.	**APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)**

EVIDENCIAS

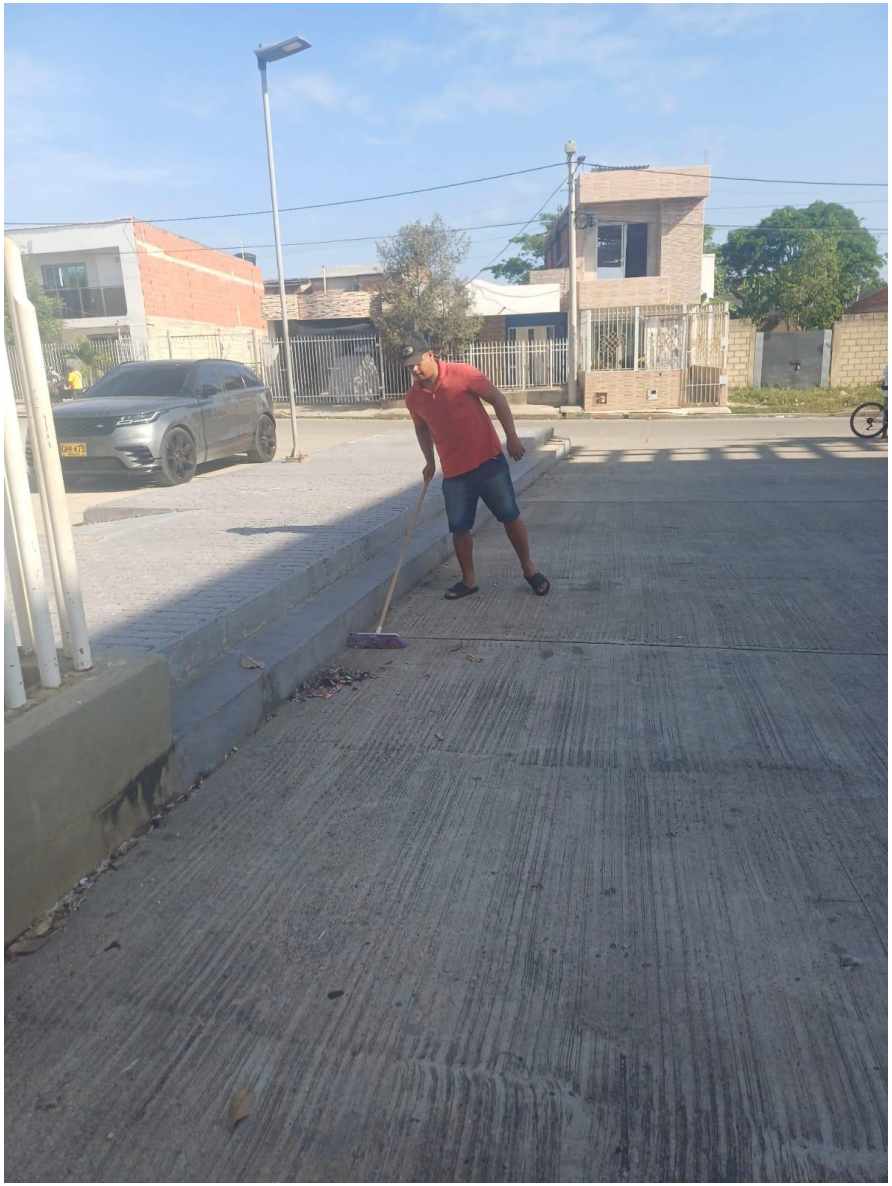













Boliva
LOS JUEGOS D
BICENTENARIO

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

CARTAGENA DE INDIAS, BOLIVAR,
COLOMBIA,

19/03/2026

A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LUIS CARLOS CUENTAS HERNANDEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1143336018**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570488471585072**
Fecha de apertura	**18/03/2026**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que LUIS CARLOS CUENTAS HERNANDEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143336018 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/04/2025 **Fecha fin cobertura:** 27/09/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL DE CARTAGENA DE INDIAS N890480184

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1841101 - ACTIVIDADES LEGISLATIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARÁCTER LEGISLATIVO, QUE SON REALIZADAS POR UNIDADES ADMINISTRATIVAS QUE FORMAN PARTE DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA O DE LOS ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES ENCARGADOS DE LAS FUNCIONES ESTAS ACTIVIDADES ESTÁN RELACIONADAS CON LA FACULTAD EXPRESA DE REFORMAR LA CONSTITUCIÓN, LA FORMULACIÓN, INTERPRETACIÓN, REFORMA, APROBACIÓN Y DEROGACIÓN DE LAS LEYES, ACUERDOS, ORDENANZAS Y OTROS, ADEMÁS DEL EJERCICIO DEL CONTROL POLÍTICO SOBRE EL GOBIERNO Y LA ADMINISTRACIÓN, GUBERNAMENTALES DE CARÁCTER LEGISLATIVO LA RAMA LEGISLATIVA TIENE, ENTRE OTRAS, TRES GRANDES FUNCIONES: LA EXPEDICIÓN DE LAS LEYES O FUNCIÓN LEGISLATIVA, EL CONTROL POLÍTICO SOBRE EL GOBIERNO Y LA ADMINISTRACIÓN, LA FUNCIÓN CONSTITUYENTE EL CONGRESO TIENE OTRAS FUNCIONES: LA FUNCIÓN JUDICIAL, LA FUNCIÓN ELECTORAL, LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA, LA FUNCIÓN DE PROTOCOLO

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000026 - GERENCIA DE ESPACIO PÚBLICO Y MOVILIDAD

CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0.522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARÁCTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ÓRGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARÁCTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ÓRGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1841201

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 01/04/2025 9:56 AM

Dirección IP: 200.116.252.186, 198.143.41.39, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA